

О.Л. Статкевич

Медичний центр приватного підприємства «Дзеркало», Дніпро

Трихоскопія в практиці дерматолога. Діагностичне значення трихоскопії у хворих на перифолікуліт голови абсцедуючий

Мета роботи — визначити діагностичну значимість трихоскопії при захворюваннях шкіри голови, а також провести детальний аналіз трихоскопічних ознак у пацієнтів із перифолікулітом голови абсцедуючим (ПГА). Це захворювання належить до рідкісних, але тяжких форм хронічних гнійно-запальних дерматозів, що часто призводить до рубцевої алопеції, тому своєчасна та точна діагностика має особливе значення для вибору оптимальної терапевтичної тактики, запобіганню прогресування патологічного процесу, що є критично важливим для збереження волоссяного покриву.

Матеріали та методи. Проведено комплексний огляд та аналіз сучасних наукових джерел, присвячених проблемам рубцевих алопецій та перебігу перифолікуліту голови абсцедуючого.

Проведено клінічний аналіз даних об'єктивного огляду, результатів лабораторних досліджень та трихоскопічних зображень у 40 пацієнтів чоловічої статі зі встановленим діагнозом ПГА. Виконано трихоскопічне дослідження для визначення характерних ознак патології, структурних змін волоссяних фолікулів, судинного малюнка, елементів, які відображають активність запального процесу та стану стрижнів волосся. Визначено частоту виявлення трихоскопічних маркерів серед пацієнтів досліджуваної групи. Встановлено роль трихоскопії в діагностиці захворювань шкіри голови та охарактеризовано трихоскопічні особливості у пацієнтів з перифолікулітом голови абсцедуючим.

Результати та обговорення. Встановлено, що трихоскопічне дослідження є методом діагностики уражень волосистої частини голови та дає змогу виявити специфічні для ПГА ознаки. До ознак, які дають можливість диференціювати це захворювання від інших рубцевих та нерубцевих алопецій, належать такі ознаки як: жовті крапки, червоні крапки, зламані стрижні волосся, чорні крапки, «мильні пухирі», волосся у вигляді знаку оклику, перифолікулярні лусочки, порожні фолікулярні отвори, аморфні (безструктурні) білі ділянки, шкірні заглиблення, політріхія, комедони, еритема. Поява цих ознак відображає різні стадії та активність патологічного процесу, що робить трихоскопію незамінним інструментом як для діагностики, так і для моніторингу захворювання.

Висновки. Трихоскопія є важливим інформативним, неінвазивним і доступним діагностичним дослідженням, яке значно підвищує можливості раннього виявлення перифолікуліту голови абсцедуючого, дає змогу оцінити ступінь активності запалення та сприяє вибору адекватної тактики лікування. Використання трихоскопічного методу дослідження має важливе значення для своєчасної діагностики та попередження розвитку стійкої рубцевої алопеції, що робить метод невід'ємною частиною сучасних клінічних підходів до пацієнтів із патологією волосся та шкіри голови.

Ключові слова

Трихоскопія, дерматоскопія, дерматотрихоскопічне дослідження, діагностика, діагностичні маркери, перифолікуліт голови абсцедивний, дерматози, методи діагностики.

Перифолікуліт голови абсцедуючий (ПГА), також відомий як *dissecting cellulitis of the scalp* (DCS) або *perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, є досить рідкісним хронічним запальним захворюванням, що уражає волосисту частину голови чоловіків віком 20–40 років [3, 5, 13]. Поширеність цієї патології оцінюють як дуже низьку, проте вона справляє значний негативний вплив

на якість життя пацієнтів, зумовлюючи не лише косметичні дефекти, але й хронічний біль, дискомфорт та виникнення вторинних інфекцій [9].

Патогенез ПГА остаточно не з'ясовано, однак ключову роль у розвитку захворювання відіграють фолікулярна оклюзія та вторинна бактеріальна колонізація, що призводять до формування глибоких запальних вузлів. Подальше прогресу-

вання процесу зумовлює деструкцію волосяних фолікулів, розвиток абсцесів, утворення норицевих ходів та свищів і як наслідок — формування прогресуючої рубцевої алопеції. Важливо зазначити, що ПГА можна розглядати як частину так званої тріади фолікулярної оклюзії, до якої також відносять гідраденіт супуративний та акне конглобата. Ці стани об'єднує подібний патогенетичний механізм, що пояснює їхню можливу асоціацію в одного пацієнта [10].

Клінічна картина захворювання характеризується хронічним перебігом із періодами загострень та ремісій. На ранніх стадіях пацієнти скаржаться на болісні підшкірні вузли, які поступово збільшуються та абсцедують. Утворення множинних свищів та деструкція тканин спричиняють розвиток деформаційних змін шкіри голови та стійку втрату волосся.

Рання діагностика захворювання надзвичайно важлива для запобігання необоротним змінам шкіри та втраті волосся.

На сьогодні найбільш доступним і зручним методом ранньої візуалізації уражень є трихоскопія — неінвазивне дослідження, результати якого дають змогу оцінити структуру фолікулів, шкірних покривів і запальних елементів [11, 12], а також визначити тяжкість захворювання [8] за ступенем деструкції фолікулів. Трихоскопічні ознаки різноманітні та корелюють з активністю та тривалістю захворювання [2, 6, 7]. Для ПГА типовими є великі «3D» жовті крапки, що мають вигляд «мильних бульбашок», та жовті безструктурні ділянки (характерні для фази абсцедування), чорні крапки, зламані стрижні волосся, перифолікулярна еритема та лусочки (властиві раннім та активним стадіям), безструктурні ділянки, політрихія (≥ 5 волосяних стрижнів з одного отвору) та шкірні заглиблення (щілини) з пучками волосся, поява яких характерна для більш пізніх етапів. Виразність ознак корелює з фазою та давністю процесу і може допомагати відрізнити ПГА від інших форм рубцевих та нерубцевих алопецій [1, 4].

Мета роботи — оцінити ефективність трихоскопії як інструмента діагностики ПГА та визначити найбільш поширені трихоскопічні ознаки захворювання.

Матеріали та методи

Проаналізовано 40 клінічних випадків встановленого діагнозу ПГА. Всі пацієнти були чоловічої статі віком від 20 до 55 років (медіанний вік — 32 (26,5–41) роки).

Для детального дослідження шкіри голови в зонах активного запалення послуговувались трихоскопічним методом дослідження за допо-



Рис. 1. Клінічна картина ПГА у пацієнта С., 37 років

могою дерматоскопа DermLite DL3 (США). Оцінено частоту виявлення основних трихоскопічних ознак.

Статистичне опрацювання результатів дослідження проведено з використанням програмного продукту STATISTICA v. 6.1 (Statsoft Inc., США, ліцензійний № AGAR909E415822FA). Кількісні дані описано у вигляді показників мінімуму (min), максимуму (max), медіани (Me) з міжквартильним інтервалом (25–75 %), категоріальні дані — із зазначенням абсолютних значень та відсотків.

Результати та обговорення

У пацієнтів, які звернулись до дерматолога, превалювали скарги на висип, біль, свербіж, випадання волосся, дискомфорт та чутливість шкіри голови.

За даними анамнезу та відомостей медичної документації встановлено, що тривалість захворювання до звернення до дерматолога коливалася від 2 до 72 міс із медіаною 36 (17–50) міс.

За результатами об'єктивного огляду у 39 (97,5 %) хворих виявлено алопецію, рубці (19/47,5 %), папули (18/45,0 %), пустули (14/35,0 %), вузли (17/42,5 %), збільшення потиличних/завушних лімфатичних вузлів (1/2,5 %). На рис. 1 зображено макрофото патологічного процесу у хворого із ПГА. За локалізацією ураження в більшості випадків (39/97,5 %) обмежувалося тім'яною зоною.

Варто відмітити, що тільки у 8 (20,0 %) пацієнтів була нормальна маса тіла, у 25 (62,5 %) —

Таблиця. Результати лабораторних досліджень крові пацієнтів із ПГА

Показник	Статистична характеристика	
	Min–max	Me (25–75 %)
Гемоглобін, г/л	132–168	149 (142–155)
Еритроцити, 10^{12} /л	3,7–5,5	4,6 (4,2–4,9)
Лейкоцити, 10^9 /л	4,0–12,1	7,4 (5,9–9,3)
Нейтрофіли, %	41,7–78,8	53,5 (46,9–64,4)
ШОЕ, мм/год	4,0–18,0	10,0 (6,5–13,5)
С-реактивний протеїн, мг/л	1,8–6,8	4,9 (4,1–5,5)
АлаТ, Од/л	10–46	27 (18–34)
АсаТ, Од/л	14–45	28 (22–34)
Загальний білірубін, мкмоль/л	5–21	14 (11–18)
Загальний тестостерон, нмоль/л	10,8–29,7	18,0 (16,0–21,0)

надлишкова, а у 7 (17,5 %) осіб реєстрували ожиріння I ступеня. Індекс маси тіла коливався від 21,3 до 32,2 кг/м² і в середньому становив 27,1 (26,0–28,5) кг/м². Проте ми не виявили достовірних зв'язків збільшеної маси тіла або ожиріння з віком пацієнтів та клінічними ознаками захворювання ($p > 0,05$).

Оцінка результатів лабораторних досліджень показала відсутність суттєвих змін показників крові у пацієнтів, що свідчить про їхню неінформативність для визначення наявності та тяжкості захворювання (таблиця).

Проведене трихоскопічне обстеження 40 пацієнтів із ПГА показало високу частоту таких ознак, як жовті крапки (40/100 %), червоні крапки/точкові судини (40/100 %), зламані стрижні волосся (39/97,5 %), чорні крапки (39/97,5 %), «мильні пухирі» (39/97,5 %), волосся у вигляді знаку оклику (38/95,0 %), перифолікулярні лусочки (38/95,0 %), порожні фолікулярні отвори (36/90,0 %), аморфні білі ділянки (36/90,0 %), шкірні заглиблення (32/80,0 %), політрихія (29/72,5 %), комедони (30/75,0 %), еритема (40/100%). Візуалізацію ознак наведено на рис. 2.

Усі показники мали статистичну достовірність ($p < 0,001$), що підтверджує значущість кожного з маркерів.

За даними кореляційного аналізу виявлено наявність тісних асоціацій тривалості ПГА з трихоскопічними ознаками, що свідчать про виразність деструктивних змін та активність

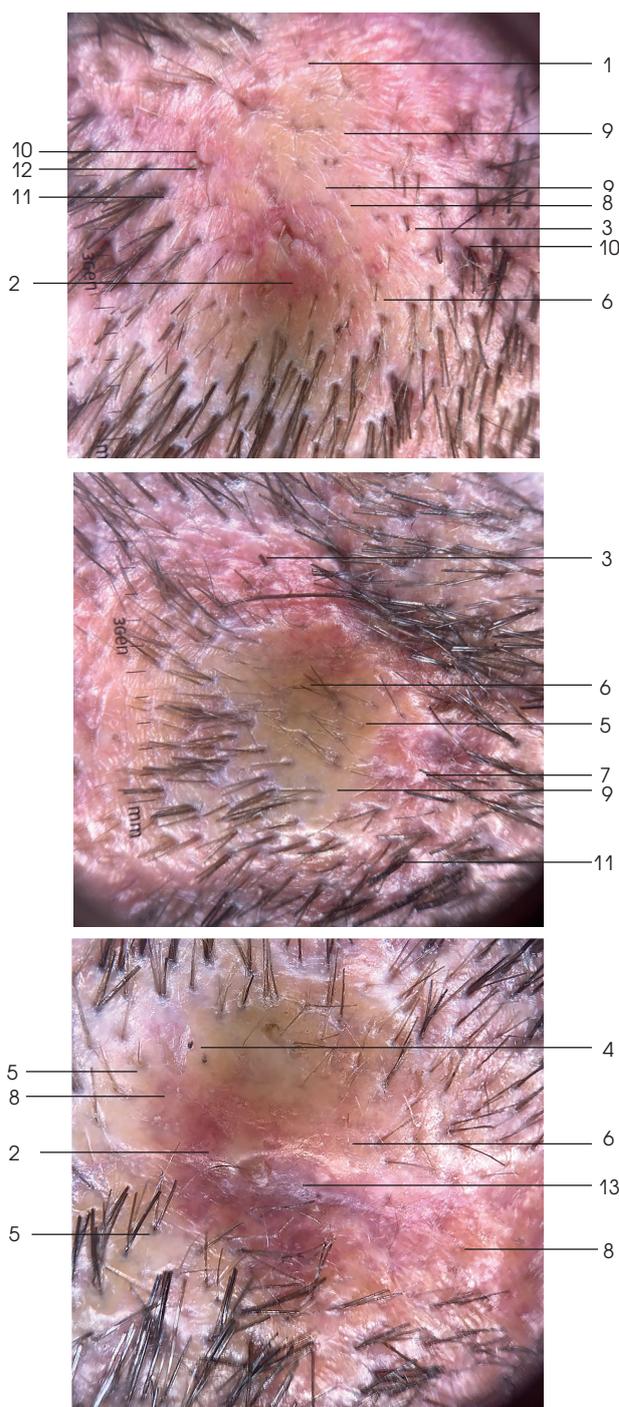


Рис. 2. Огляд трихоскопічних маркерів

1 — жовті крапки; 2 — червоні крапки; 3 — зламані стрижні волосся; 4 — чорні крапки; 5 — «мильні пухирі»; 6 — волосся у вигляді знаку оклику; 7 — перифолікулярні лусочки; 8 — порожні фолікулярні отвори; 9 — аморфні (безструктурні) білі ділянки; 10 — шкірні заглиблення; 11 — політрихія; 12 — комедони; 13 — еритема.

процесу, а саме: з наявністю волосся у вигляді знаку оклику (коефіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,32$; $p < 0,05$), порожніх фолікулів ($r = 0,32$; $p < 0,05$), шкірних заглиблень ($r = 0,57$; $p < 0,001$), політрихій ($r = 0,45$; $p < 0,01$), перифолікулярних лусочок ($r = 0,32$; $p < 0,05$).

Трихоскопія дає можливість точно диференціювати ПГА та інші форми рубцевої алопеції. Трихоскопічні ознаки, характерні для ПГА, вказують на глибокі деструктивні зміни (зламане волосся, чорні крапки, фіброз), фолікулярну оклюзію і рубцювання (жовті крапки, порожні фолікули, білі плями) та виразну запальну реакцію (червоні крапки, «мильні пухири», перифолікулярні лусочки).

Конфлікту інтересів немає.

Висновки

Отримані результати підтверджують, що трихоскопія є високоспецифічним методом для диференціації ПГА. Наявність певних трихоскопічних патернів дає змогу не лише уточнити діагноз, а й оцінити ступінь активності процесу, його хронічний перебіг і ризик виникнення рубцевих змін. Метод доцільно використовувати для початкової діагностики та моніторингу відповіді на лікування.

Список літератури

- Cuellar TA, Roh DS, Sampson CE. Dissecting Cellulitis of the Scalp: A Review and Case Studies of Surgical Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Aug 18;8(8):e3015. doi: 10.1097/GOX.0000000000003015.
- Golińska J, Sar-Pomian M, Rudnicka L. Diagnostic Accuracy of Trichoscopy in Inflammatory Scalp Diseases: A Systematic Review. *Dermatology*. 2022;238(3):412-421. doi: 10.1159/000517516.
- Masson R, Jeong CY, Ma E, et al. Treatments for Dissecting Cellulitis of the Scalp: A Systematic Review and Treatment Algorithm. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023;13(11):2487-2526. doi: 10.1007/s13555-023-01018-7.
- Melo DF, Slaibi EB, Feitosa Mendes Siqueira TM, Tortelly VD. Trichoscopy findings in dissecting cellulitis. *An Bras Dermatol*. 2019 Sep-Oct;94(5):608-611. doi: 10.1016/j.abd.2019.09.006.
- Mihic LL, Tomas D, Situm M, et al. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens in a caucasian: diagnostic and therapeutic challenge. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2011;19(2):98-102. PMID: 21703156.
- Rakowska A. Trichoscopy (hair and scalp videodermoscopy) in the healthy female. Method standardization and norms for measurable parameters. *J Dermatol Case Rep*. 2009;3:14-19. PMID: 21886722. PMID: PMC3157785.
- Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep*. 2011 Dec 12;5(4):82-8. PMID: 22408709. PMID: PMC3241952.
- Rudnicka L, Rakowska A, Kerzeja M, Olszewska M. Hair shafts in trichoscopy: clues for diagnosis of hair and scalp diseases. *Dermatol Clin*. 2013 Oct;31(4):695-708. x. doi: 10.1016/j.det.2013.06.007.
- Segurado-Miravalles G, Camacho-Martinez F, Arias-Santiago S, et al. Trichoscopy of dissecting cellulitis of the scalp: Exclamation mark hairs and white dots as markers of disease chronicity. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Dec;75(6):1267-1268. doi: 10.1016/j.jaad.2016.08.035.
- Sharma Yugal Kishore, Chauhan Shivanti, Deo Kirti. Follicular Occlusion Triad. *Journal of Dermatology and Dermatologic Surgery*. 2018;22(2):90-92. doi: 10.4103/jdds.jdds_22_18. https://journals.lww.com/jdds/fulltext/2018/22020/follicular_occlusion_triad.13.aspx.
- Tosti A, Torres F, Miteva M. Dermoscopy of early dissecting cellulitis of the scalp simulates alopecia areata. *Actas Dermosifiliogr*. 2013 Jan;104(1):92-3. doi: 10.1016/j.ad.2012.05.008.
- Verzi AE, Lacarrubba F, Micali G. Heterogeneity of trichoscopy findings in dissecting cellulitis of the scalp: correlation to disease activity and duration. *Br J Dermatol*. 2017 Dec;177(6):e331-e332. doi: 10.1111/bjd.15685.
- Wu Q, Bu W, Zhang Q, Fang F. Therapeutic options for perifolliculitis capitis abscedens et suffodens: A review. *Dermatol Ther*. 2022;35(10):e15763. doi: 10.1111/dth.15763.

O.L. Statkevich

Medical Center of the Private Enterprise «Dzerkalo», Dnipro

Trichoscopy in the practice of a dermatologist. Diagnostic value of trichoscopy in patients with abscessing perifolliculitis of the scalp

Objective – to determine the diagnostic significance of trichoscopy in scalp diseases, as well as to conduct a detailed analysis of trichoscopic signs in patients with abscessing perifolliculitis of the scalp (APS). This disease is a rare but severe form of chronic purulent-inflammatory dermatosis, which often leads to cicatricial alopecia, therefore, timely and accurate diagnosis is of particular importance for choosing the optimal therapeutic tactics, preventing the progression of the pathological process, which is critically important for preserving the hair.

Materials and methods. A comprehensive review and analysis of modern scientific sources devoted to the problems of cicatricial alopecia and the course of abscessing perifolliculitis of the scalp was conducted.

A clinical analysis of the data of an objective examination, the results of laboratory tests and trichoscopic images was conducted in 40 male patients with an established diagnosis of APS. A trichoscopic examination was performed to determine the characteristic signs of pathology, structural changes in hair follicles, vascular pattern, elements that reflect the activity of the inflammatory process and the condition of the hair shafts. The frequency of detection of trichoscopic markers among patients in the study group was determined. The role of trichoscopy in the diagnosis of scalp diseases was established and trichoscopic features in patients with abscessing perifolliculitis of the scalp were characterized.

Results and discussion. It was established that trichoscopic examination is a method for diagnosing scalp lesions, allowing for the identification of signs specific to APS. Signs that allow differentiating this disease from other cicatricial and non-cicatricial alopecia include such signs as: yellow dots, red dots, broken hair shafts, black dots, «soap bubbles», hair in the form of an exclamation mark, perifollicular scales, empty follicular openings, amorphous (structureless) white areas, skin depressions, polytrichia, comedones, erythema. The appearance of these signs reflects different stages and activity of the pathological process, which makes trichoscopy an indispensable tool for both diagnosis and monitoring of the disease.

Conclusions. Trichoscopy is an important, informative, non-invasive, and accessible diagnostic study that significantly increases the possibility of early detection of abscessing perifolliculitis of the scalp, allows for assessing the degree of inflammatory activity, and helps to choose an adequate treatment tactic. The use of the trichoscopic method of examination is of great importance for the timely diagnosis and prevention of persistent cicatricial alopecia, making the method an integral part of modern clinical approaches to patients with hair and scalp pathology.

Keywords: trichoscopy, dermatoscopy, dermatotrichoscopic examination, diagnostics, diagnostic markers, abscessing perifolliculitis of the scalp, dermatoses, diagnostic methods.

Стаття надійшла до редакції / *Received* 14.10.2025.

Стаття рекомендована до опублікування / *Accepted* 05.11.2025.

Стаття опублікована / *Published* 10.12.2025.

Укр журн дерматол, венерол, косметол. 2025;4:56-60. doi: 10.30978/UJDVK2025-4-56.

Ukr J Dermatol, Venerol, Cosmetol. 2025;4:56-60. <http://doi.org/10.30978/UJDVK2025-4-56>.

Дані про автора / Author's informations

Статкевич Ольга Леонідівна, лікар-дерматовенеролог, аспірант кафедри шкірних та венеричних хвороб

<https://orcid.org/0000-0002-2324-998X>

E-mail: statkevycholha@ukr.net